

Naam.....m / v
 Geboortedatum.....
 Adres.....
 Postcode & woonplaats.....
 Telefoonnummer.....
 Beroep.....
 Naam huisarts.....
 Naam tandarts.....
 Naam specialist.....

1. Bent u momenteel onder behandeling of onder controle voor uw gezondheid? ja / nee
 Zo ja, waarvoor?

2. Gebruikt u op dit moment medicijnen? ja / nee
 Hoeveel per dag?.....
 Sinds wanneer?.....
 Waartegen?.....

Hebt u in het verleden langere tijd medicijnen gebruikt? ja / nee
 Zo ja, welke?.....
 Hoeveel per dag?.....
 Sinds wanneer?.....
 Waartegen?.....

Hebt u in de afgelopen 12 maanden antibiotica gebruikt? ja / nee
 Zo ja, welke?.....
 Waarvoor?.....

3. Hebt u een van de volgende ziektes of problemen (gehad)?

aangeboren hartafwijking	ja / nee	bloedarmoede	ja / nee
hartinfarct	ja / nee	epilepsie	ja / nee
hartgeruis	ja / nee	flauwvallen	ja / nee
hartklepdefect	ja / nee	diabetes(suikerziekte)	ja / nee
hartkloppingen	ja / nee		
pijn of knellend gevoel op de borst bij inspanning?	ja / nee	hepatitis	ja / nee
acuut reuma	ja / nee	geslachtsziekte(s)	ja / nee
reuma	ja / nee	AIDS/HIV-positief	ja / nee
hoge / lage bloeddruk	ja / nee	leukemie	ja / nee
astma / bronchitis	ja / nee	schildklierafwijkingen	ja / nee
hyperventilatie	ja / nee	stress/overspannen	ja / nee
trombose / longembolie	ja / nee	transplantatie/implantatie	ja / nee
beroerte (hersenvloeding)	ja / nee	maag/darmproblemen	ja / nee
haemophilie (bloedziekte)	ja / nee	kortademig	ja / nee

Hebt u een ziekte waar niet naar is gevraagd? ja / nee
 Zo ja, welke?

4. Bent u ooit geopereerd? ja / nee
Zo ja, waarvoor?
.....

Bent u ooit in een ziekenhuis opgenomen geweest? ja / nee
Zo ja, waarvoor?
.....

Bent u ooit bestraald? ja / nee
Zo ja, waarvoor?
.....

5. Rookt u? ja / nee
zo ja, hoeveel?
.....

zo nee, heeft u ooit gerookt? ja / nee
zo ja, wanneer en hoeveel?
.....

6. Bent u allergisch/ overgevoelig voor antibiotica? ja / nee

Bent u allergisch/overgevoelig voor pijnstillers? ja / nee

Bent u allergisch/ overgevoelig voor andere geneesmiddelen? ja / nee
Zo ja, voor welke?
.....

Bent u allergisch/overgevoelig voor latex? ja / nee

Bent u allergisch/overgevoelig voor andere stoffen? ja / nee
Zo ja, voor welke?
.....

7. Heeft u snel last van blauwe plekken? ja / nee
Heeft u ooit een lange nabloeding gehad na het trekken van tanden/kiezen
of na een andere behandeling in de mond? ja / nee

8. Hebt u wel eens een abnormale reactie gehad op een plaatselijke
verdoving, bijvoorbeeld bij de tandarts? ja / nee
Zo ja, wat voor reactie?
.....

9. Bent u op dit moment zwanger? ja / nee

10. Is er iets uit uw medische voorgeschiedenis dat belangrijk is om nog te
vermelden? ja / nee
Zo ja, wat?
.....

Ingevuld dd.....handtekening patiënt

Gecontroleerd dd.....handtekening mondhygiënist

Let op: Wilt u zo vriendelijk zijn mij op de hoogte te stellen als in bovenstaande gegevens
veranderingen optreden?